

# 原住民族地區長期照顧資源配置與展望

祝健芳、余依靜、黃千芬、陳綸

## 壹、前言

根據聯合國世界衛生組織（World Health Organization, W.H.O）之定義，當某一地區之65歲以上的人口，占總人口數之比例超過7%時，就稱為高齡化社會，（簡淑超、吳正仲，2008），超過14%者為「高齡社會（aged society）」，超過20%者為「超高齡社會（super-aged society）」。（國家發展委員會，2013）

我國自1993年起，65歲以上老年人口比率已達7.1%（149萬801人），符合聯合國世界衛生組織所定義的高齡化社會之標準，至今，老年人口比率持續攀升，幼年人口（0-14歲）比率持續下降，自去（107）年3月底正式成為「高齡社會」，於2018年底老年人口比率達14.5%（343.4萬人）；2026年邁入超高齡社會，老年人口比率將達20.74%（489萬人）；2065年，老年人口比率將續升高至

41.2%（715萬人）（國家發展委員會，2018）。根據內政部統計，截至今年6月底，我國65歲以上的老年人口已達352萬人，較去年同月底增加17萬人，年增幅度連續三年超過5%。

依據內政部人口統計顯示，106年底我國戶籍登記註記為原住民身分之人口數計55萬9,426人（平地原住民26萬2,316人占46.89%，山地原住民29萬7,110人占53.11%），較105年底增加1.12%，明顯高於總人口之增幅（0.13%）；占總人口比率為2.37%，原住民族所占比重逐年上升（衛生福利部，2016）；另依內政部原住民人口概況統計顯示，原住民人口之老化指數從94年的23.81%上升至105年10月的35.3%；原住民長者（指55歲以上）人數亦從94年的5萬5,382人，增加至107年6月10萬4,715人，顯示原住民長者逐年增加之趨勢。基於原住民於近十年長者人口數增加，失能人口亦隨之增加，另其平均

餘命仍低於全體國民，而面對高齡化社會所衍生的健康、醫療與生活照顧等問題，應提供原住民老人因地制宜之健康促進活動與社會照顧服務，以保障原住民老人獲得適切的照顧服務（原住民族委員會，2019）。

臺灣原住民分為高山族及平埔族，涵蓋了12個縣，其中含30個山地鄉及25個平地原住民鄉鎮。由於臺灣特殊的高山地理環境，尤其是山地鄉其境內多屬500公尺以上之丘陵山地，面積占臺灣土地面積之44.46%，所占幅員遼闊，另從主要原住民所居住地30個山地鄉及25個平地鄉所轄的行政區土地面積來看，山地鄉鎮的土地面積是平地鄉鎮地4.68倍（蔡雅琪，2000），可知原住民族地區大多是處於偏遠地區，且因地理環境特殊、幅員遼闊且交通不便捷、醫療資源可及性不足，加上青壯人口外移、部落集體文化支持系統式微，即使遷居都市亦散居在城市邊緣居住，其文化服務需求未能滿足，造成原住民族在地安養條件有結構化的障礙。

依據調查，以長期照顧服務資源來看，原住民鄉鎮地區的長照服務相關據點，只占整體長照資源市場的9.8%，山地原住民鄉的長照資源更少，長照服務的據點率僅有2.7%，即使資源據點存在，也並未代表實質服務輸送有到位，以長照為主的服務，有近半數以上的服務項目，

未設置於山地原住民鄉，原住民鄉鎮市所接受的服務量占5.7%，到了山地原住民鄉鎮，其服務量僅剩1.3%，顯示，隨著地區愈偏遠其服務量亦隨之下降，在長照十年計畫明列推動的社區式服務中，山地原住民鄉鎮僅居家服務、餐飲服務與關懷據點有服務量，其餘服務如日間照顧、喘息服務、家庭托顧、居家復健等，相對稀少（葉莉莉、薄景華、翟文英，2009）。

對於原住民族而言，各種社會條件常有不利於原住民之情況（侯建州、郭慈安，2017），此外，地理位置不利也使得健康醫療資源相對不足，阻礙著原住民的健康與醫療品質（Anderson et al., 2006; Department of Health and Ageing, 2007; Gao et al., 2008; Peiris et al., 2008; 余依靜，2002），致使原住民健康狀態相對於主流社會顯得較差（Papaioannou, 1998; 蔡雅琪，2000）。原住民所處健康、經濟、地理不利的情況，加重其長期照顧的負擔，故如何加強原住民族地區長期照顧資源佈建，以增進原住民之長照福祉更顯重要。

## 貳、原住民族長期照顧服務體系相關政策及方案

### 一、法規制度面

為發展因地制宜之照顧管理模式並完善長照服務體系，充實在地長照服務資

源，提升原住民族地區資源建置，於長期照顧服務法（以下稱本法）授權訂定之「長期照顧服務機構設立許可及管理辦法」，依該辦法第16條規定，於原住民族地區設立機構住宿式服務以外之長照機構，符合以下條件之一者，其建築物使用執照影本、消防安全設備圖書及建物所有權狀影本得以其他文件替代：1.未設有公私立長照機構，且因地理條件限制，難以覓得符合長照機構設立規定之場地及長期照顧服務機構設立標準所定各類專業人員；2.已設有公私立長照機構，但因地理條件限制，服務對象難至該機構接受服務。

此外，為維護長照機構服務對象之權益及確保機構符合建管及消防公共安全之規定，爰明定適用本條申請於原住民族地區設立長照機構之建築物，以本法施行前興建完成之建築物為限，並應經各縣市主管機關認定確無危險之虞。有關原住民族地區之適用範圍，為能發展在地化及落實提升原住民族地區之長照服務資源，明定由中央主管機關原住民族委員會公告適用範圍，以符實務需求。

另依「長期照顧服務機構設立標準」規定，有關原住民族地區設置長照機構，因其區域及服務使用者之特殊性，對於設置有困難者，得專案報請直轄市、縣（市）主管機關審查，並經中央主管機關同意後辦理。

## 二、服務輸送面

### （一）設立原住民族長照管理分站

自民國99年起衛生福利部（以下簡稱本部）獎勵推動偏遠地區設置在地且社區化長期照護服務據點，其中包含山地離島地區；透過開發、連結當地資源成立服務據點提供各項長照服務，提升原住民族地區長照服務完整性。

本部在100年至106年為強化部落照顧功能並營造在地老化環境，期待於原住民族地區建構部落整合型照顧服務輸送體系，於原住民區地區以「一鄉（鎮市區）一分站」為設置原則，優先獎助原住民族長照服務資源，並成立20處原住民族地區照顧管理中心分站（統一更名為原住民族長照管理分站），在縣市政府長照政策的統整下，鼓勵利用衛生所等在地資源，由部落通曉原住民族語及文化之專業人員提供服務，透過資源及人員投入，完善部落照顧環境且積極培育、穩定原住民族地區之長照人力。

### （二）實施長期照顧給付及支付基準，原偏鄉地區額外加成

考量原住民族地區及離島服務資源較為缺乏，服務模式與一般地區不盡相同，長期照顧給付及支付基準提供原住民族地區及離島地區較一般地區高20%之支付價格，且給付額度及部分負擔仍以一

般地區價格計算，所增加支付金額由中央負擔，以避免增加民眾負擔，另提供交通費用等補助，以利偏鄉發展在地之服務資源。108年1月至8月原住民長照2.0已照顧服務人數為5,951人、專業服務2,723人、交通接送2,442人、輔具及無障礙空間425人、喘息服務1,256人（衛福部長照專區網頁，2019）。

### （三）成立部落文化健康站

為因應原住民社會長者服務之需求，自2015年起原住民部落長者日間關懷站更名為部落文化健康站，並於2016年將原住民族長期照顧正式納入長照十年計畫2.0專章（衛生福利部，2016）。本部自2017年9月起，每年增幅挹注經費獎助辦理「推展原住民族長期照顧—文化健康站實施計畫」，除連結長照服務模式與資源外，針對偏遠地區、福利資源缺乏且不易取得照顧服務之部落為優先補助對象，以提供原住民族長者預防性、關懷性及連續性之照顧服務。原住民族委員會（以下簡稱原民會）透過推動部落文化健康站，提供原鄉長者生活諮詢、照顧服務轉介、健康促進方案、活力健康操運動及文化心靈課程等服務項目，亦同時精進原鄉地區連續性、可近性及具文化性專業預防及延緩失能照顧服務，以期使長者在熟悉環境在地安老之目標。

部落文化健康站於2017年布建169

處，至2018年擴增設至250處。為鼓勵文化健康站擴大服務量能辦理社區整體照顧服務體系—C級巷弄長照站，並使服務資源能有效運用，自2019年起本部與原民會跨部會合力推動，各縣市亦積極整合文化健康站、社區照顧關懷據點與預防及延緩失能服務等獎助計畫。截至2019年9月底共設置314處文化健康站提供服務，以強化偏遠鄉鎮及原民部落長期照顧服務，並於明（2020）年預計設置380處，加強提供部落老人照顧服務，保障原住民老人獲得適切的服務及生活照顧。

另為考量原鄉照顧人力招募不易，原民會亦適度調增補助文化健康站照顧服務員薪資待遇及計畫負責人津貼額度，以吸引照顧服務員投入文化健康站服務及鼓勵久任。

### （四）因地制宜建置長期照顧資源

1. 發展日間照顧服務：為促進原鄉日間照顧服務資源多元可近與均衡發展，本部督請縣市政府優先補助原住民族、偏鄉、離島等資源不足地區，興建或修繕舊有館舍設置日間照顧資源，針對偏鄉及原民地區除一般補助外，再行加成補助日照中心、小規模多機能服務所需之設施設備修繕費及交通車輛。此外，透過前瞻計畫經費挹注，以「每一鄉鎮設置一日照」為目標，補助地方



政府活化利用轄內公共閒置空間；另為協助團體設立日間照顧服務資源，地方政府結合專業民間單位組成輔導團隊，協助解決日間照顧服務機構設立與經營訪視等困難。2018年於原鄉地區布建日間照顧服務計39處，截至2019年9月底止擴增至45處，並預計規劃逐步至2026年建置達85處之目標（衛生福利部，2016）。

2. 推動家庭托顧服務：家庭托顧服務有別於一對一之居家服務，照顧服務員在照顧自己家人同時，可以在家創業穩定經濟收入，維持其家庭功能之完整性。有鑑於家庭托顧可讓失能者留在熟悉的環境接受照顧服務，亦符合偏鄉地區文化背景與在地特性，本部積極鼓勵縣市政府結合專業民間單位招募與督導托顧家庭，針對偏鄉及原民地區增補住所設施設備改善費，加強設立托顧家庭；此外，結合專家學者組成輔導團隊，實地積極輔導地方政府與服務提供單位，並成立工作小組，輔導托顧家庭之設立與經營訪視等，協助解決設立家庭托顧之困難。2018年於原鄉地區家庭托顧服務計36處，截至2019年9月底止擴增至42處。
3. 辦理長照服務資源不足地區交通接

送量能提升試辦計畫：考量原、偏鄉資源不足地區交通服務輸送上之困境，為提升長照交通接送服務量能，鼓勵服務提供單位資源投入，本部結合各縣市政府，透過充實交通接送服務開辦所需設備，於2019年7月17日公告「長照服務資源不足地區交通接送量能提升試辦計畫」，額外補助開辦長照交通接送服務所需車輛費用，併獎助營運費用項目，最高可補助325萬。

本試辦計畫之服務對象，係符合長照交通接送服務請領資格者（D碼）為優先，惟考量區域特殊性，可擴大服務資源不足地區65歲以上老人或55歲以上原住民，服務單位並得依經縣市政府核定費用基準收取平衡營運成本所需費用。

4. 辦理原住民族地區整合型長照服務試辦計畫：為落實長期照顧十年計畫2.0原住民族地區長期照顧服務，並依總統指示，打造文健站為原住民族部落之綜合服務站，本部規劃以原鄉「部落」為中心，在文健站或鄰近文健站之空間成立微型日間照顧中心，並提供臨時托顧服務或社區復健服務，並在量能許可下外展居家照顧服務，培訓在地照顧服務員，擴大原鄉長照服務量

能，營造可近性、可及性，多元服務之文化健康照顧環境，保障原鄉失能者接受長照服務之權益，以族人照顧族人，增加就業機會，建構友善原民長照服務體系。

### （五）強化專業人員培訓機制

為強化長照專業人員文化敏感度，提升原住民老人服務及照顧品質，本部業於長照人員課程培訓中納入原住民族之多元文化，以促進長期照護資源多元化與均衡發展，提高原住民族地區長照服務之普及性與適切性。

另為提高原鄉地區照服員訓練之可近性，本部自107年3月起開放照服員核心課程（50小時）可採線上數位學習方式訓練，且照顧服務員實施計畫已放寬實習訓練場所，納入原住民族及離島地區提供長照相關服務之衛生所，以符實務訓練需求。

為鼓勵於原鄉地區辦理訓練，除勞動部公告之補助地方政府辦理照顧服務員專班訓練計畫已明定開班於原民離島地區者，另有加給外，原民會之「原住民族職業訓練計畫」，針對提供原鄉地區各級地方政府及單位團體申請訓練補助，強化原鄉地區之培訓量能，擴大原鄉長照服務量能，營造可近性、可及性，多元服務之文化健康照顧環境。

## 參、挑戰及未來展望

### 一、持續發展原鄉長照服務資源

政府未來將廣續普及資源不足地區之社區式服務機構等資源，以提升服務可近性，回應偏鄉地區長者之長照需求。亦將強化相關長照服務人員之教育訓練，提升其專業知能及文化敏感度，以逐漸培植的方式，由部落在地人提供服務，達成在地服務模式之建立及落實在地老化之目標。

### 二、充實原鄉照顧人力

照顧人力為長期照顧之重要骨幹，冀藉由改善照顧服務員之薪資待遇，持續推動在地化人力發展，促進專業職涯及培育等多元策略，並強化輔導及人員管理機制，達到充實照顧服務員人力並鼓勵原鄉人力專業久任之目標。

### 三、建構友善原民長照服務體系

因應我國高齡化之趨勢，行政院特別宣示將閒置空間轉型設置長照服務資源，以充實、普及社區照顧資源並完備長照服務體系，加速增進長照服務提供單位分布之密度。另本部爭取行政院前瞻基礎建設經費，辦理活化原住民族地區之活動中心及衛生所（室）作為照顧管理中心分站，提升服務資源密度，以提供就近長照評估及服務資源連結，確保長照服務資源發展

模式與品質提供，符合在地民眾之需求，保障原鄉失能者接受長照服務之權益，以族人照顧族人，增加就業機會，建構友善原民長照服務體系。

（本文作者：祝健芳為衛生福利部長期照顧司司長；余依靜為衛生福利部長期照顧司科長、黃千芬為衛生福利部長期照顧司科長、陳綸為衛生福利部長期照顧司約用人員）

**關鍵詞：**長期照顧、長照2.0、長照資源

## 參考文獻

- 內政部統計處（2016）。〈內政統計月報1.11資料歷年單齡人口數、人口年齡中位數〉。<http://goo.gl/05L1A4>。
- 余依靜（2002）。《花東地區原住民與非原住民國小學童牙科醫療利用之分析研究》。慈濟大學原住民健康研究所碩士論文。
- 侯建州、郭慈安（2017）。〈原住民長期照顧管理服務之研究：照顧管理者的服務處境與困難〉，《社會政策與社會工作學刊》21（2）。
- 原住民族委員會（2019）。〈108年度推展原住民族長期照顧—文化健康站實施計畫〉。
- 國家發展委員會（2013）。《全球人口老化之現況與趨勢人口老化專輯》。
- 國家發展委員會（2018）。〈中華民國人口推估（107至154年）數據—中推估〉。<http://goo.gl/d4kckk>。
- 葉莉莉、薄景華、翟文英（2009）。《我國長期照護資源供給調查》（研究計畫編號（98）021.804）。臺北：行政院經濟建設委員會。
- 蔡雅琪（2000）。《全民健康保險之原住民醫療利用之分析研究》。國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文。
- 衛生福利部（2016）。《長期照顧十年計畫2.0（106-115年）核定本》。
- 衛生福利部（2019）。「長期照顧（照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務）給付及支付基準」。衛福部長照專區網頁（<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4212-44992-201.html>）。107/10/29。
- 簡淑超、吳正仲（2008）。《高齡化社會趨勢之玩具發展方向初探》。
- Anderson, I., S. Crengle, M. L. Kamaka, T.-H. Chen, N. Palafox and Jackson-Pulver (2006). Indigenous Health in Australia, New Zealand, and the Pacific, *The Lancet*, 367(9524), 1775-1785.
- Department of Health and Ageing (2007). National Strategic Framework for Aboriginal and Torres Strait Islander Health 2003-2013. 2016/12/20. ([https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/73172343A73117DFCA257BF0001D7AA6/\\$File/National-Strategic-Framework-Aboriginal-](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/73172343A73117DFCA257BF0001D7AA6/$File/National-Strategic-Framework-Aboriginal-)

Torres-Strait-Islander-Health\_Implementation-plan.pdf).

- Gao, S., B. J. Manns, B. F. Culleton, M. Tonelli, H. Quan, L. Crowshoe, W. A. Ghali, L. W. Svenson, S. Ahmed, B. R. Hemmelgarn and Alberta Kidney Disease Network (2008). Access to Health Care among Status Aboriginal People with Chronic Kidney Disease, *Canadian Medical Association Journal*, 179(10), 1007-1012.
- Papaioannou, A. (1998). Poor Aboriginal Health Challenges Australia, *The Lancet*, 352(9129), 718-718.
- Peiris, D., A. Brown and A. Cass (2008). Addressing Inequities in Access to Quality Health Care for Indigenous People, *Canadian Medical Association Journal*, 179(10), 985-986.